

Przegląd badań dotyczących pomiaru zjawiska autostygmatyzacji osób z chorobą psychiczną

A review of research on the measurement of the phenomenon of self-stigma of people with mental illness

Ewelina Dziwota¹_{ABDEF}, Anna Porębska²_{BDEF}, Marcin Olajossy¹_{ADF}

¹ II Klinika Psychiatrii I Rehabilitacji Psychiatrycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli

Streszczenie

Stygmatyzacja osób chorych psychicznie jest zespołem pejoratywnych postaw i wierzeń, które społeczeństwo czy opinia publiczna kierują w stronę osób chorych psychicznie. Autostygmatyzacja to proces, podczas którego pacjenci z chorobą psychiczną potwierdzają publiczną stygmę, co prowadzi do obniżenia ich poczucia własnej wartości, godności i skuteczności. Wyróżnić można tu dwa pojęcia: public stigma i self stigma. Public stigma sprawia, że jednostka jest społecznie nieakceptowana oraz prowadzi do negatywnych postaw i reakcji wobec niej. Z kolei self-stigma prowadzi do obniżenia poczucia własnej wartości powodowanego samonapiętnowaniem siebie jako osoby społecznie nieakceptowanej. Autostygmatyzacja polega na internalizowaniu, akceptowaniu i odnoszeniu do siebie negatywnych postaw społecznych i uprzedzeń, co prowadzi do obniżenia samooceny a także stanowi główną przeszkodę w pełnieniu ról społecznych, w pracy i w życiu osobistym. Samonapiętnowanie przejawiające się w myśleniu o chorobach psychicznych w sposób stereotypowy jest istotną przeszkodą w procesie zdrowienia oraz umacniania (ang. empowerment), kiedy to w obliczu choroby pacjent zamiast stać się dla siebie oparciem, rozwija poczucie stygmy. Pomimo jawnego demonstrowania szkodliwego wpływu stygmatyzacji, niewiele miejsca zostało poświęcone rozumieniu stygmatyzacji z perspektywy pacjenta. Niniejszy artykuł stanowi przegląd badań opartych na wywiadach, kwestionariuszach, specjalistycznych skalach, badań nad sposobami pomiaru zjawiska autostygmatyzacji w różnych rejonach na świecie. Autostygmatyzacja bezsprzecznie negatywnie wpływa na jakość życia pacjentów.

Słowa kluczowe: stygmatyzacja, autostygmatyzacja, umocnienie

Abstract

The stigma of people with mental illness is a group of pejorative attitudes and beliefs of society towards the mentally ill. The self-stigma is a process in which the mentally ill confirm a public stigma and that leads to lower self-esteem and self-effectiveness. We can distinguish: public stigma and self-stigma. The public stigma makes individuals not acceptable in the society and leads to negative attitudes and reactions towards them. The self-stigma means internalizing, accepting and adopting negative social attitudes and prejudices personally and constitutes a major disturbance in fulfilling social roles at work and in private life. Self-stigma manifested in thinking about mental illness in a stereotypical way is a major obstacle in the recovery process and empowerment. Despite open demonstration of the harmful effects of the stigmatization, there is only a small area of research about the stigma from the perspective of the mentally ill. This article is a review of research studies based on interviews, questionnaires and special scales. There are research studies on the measurement of the phenomenon of the self-stigma in a few regions of the world. Undoubtedly, the self-stigma has a bad influence on the quality of life of the mentally ill.

Keywords: stigmatization, self-stigma, empowerment

Stygmatyzacja jest negatywną oceną osoby naznaczonej lub zdyskredytowanej na podstawie pewnej cechy jak na przykład pochodzenie, kalectwo fizyczne czy choroba psychiczna. Niewątpliwie takie wrogie nastawienie niesie konsekwencje socjalne, polityczne, ekonomiczne i psychologiczne, istotne dla stygmatyzowanej grupy [1].

Stygmatyzacja osób chorych psychicznie jest zespołem pejoratywnych postaw i wierzeń, które społeczeństwo czy opinia publiczna kierują w stronę osób chorych psychicznie. Autostygmatyzacja to proces, podczas którego pacjenci z chorobą psychiczną

potwierdzają publiczną stygmę, co prowadzi do obniżenia ich poczucia własnej wartości, godności i skuteczności [2].

Autorzy pracy „Measuring the Self-stigma Associated With Seeking Psychological Help” wyróżniają pojęcia public stigma i self stigma. Public stigma sprawia, że jednostka jest społecznie nieakceptowana oraz prowadzi do negatywnych postaw i reakcji wobec niej. Ten rodzaj stygmatyzacji jest powiązany z trudnością poszukiwania pomocy medycznej – dokonuje się bowiem stereotypizacja, naznaczenie i dyskryminacja jednostek poszukujących psychologicznego wsparcia. Z kolei self-stigma prowadzi do obniżenia poczucia własnej wartości

powodowanego samonapiętnowaniem siebie jako osoby społecznie nieakceptowanej [3].

Chorzy psychicznie bardzo często stają się obiektem stygmatyzacji społecznej i jako osoby wywodzące się ze stygmatyzującego społeczeństwa podzielają opinie ogółu i ulegają autostygmatyzacji [4].

Autostygmatyzacja (ang. self-stigma) polega na internalizowaniu, akceptowaniu i odnoszeniu do siebie negatywnych postaw społecznych i uprzedzeń, co prowadzi do obniżenia samooceny a także stanowi główną przeszkodę w pełnieniu ról społecznych, w pracy i w życiu osobistym. Samonapiętnowanie przejawiające się w myśleniu o chorobach psychicznych w sposób stereotypowy jest istotną przeszkodą w procesie zdrowienia oraz umacniania (ang. empowerment), kiedy to w obliczu choroby pacjent zamiast stać się dla siebie oparciem, rozwija poczucie stygmy [5].

Autostygmatyzacja może być postrzegana jako rezultat niewłaściwych przekonań na swój temat i schematów poznawczych dotyczących choroby psychicznej. Owe dysfunkcyjne schematy poznawcze powstają w wyniku socjalizacji i dorastania w kulturze, w której powszechne są negatywne stereotypy na temat choroby psychicznej [6].

Stygmatyzacja w psychiatrii jest podstawową barierą w otrzymywaniu właściwej pomocy i życiu na odpowiednim poziomie przez osoby chore. Stygma może powodować psychologiczne cierpienie ze strony dotkniętych jednostek i ich rodzin oraz przekreślać efektywność zaopatrzenia w usługi. Pomimo jawnego demonstrowania szkodliwego wpływu stygmatyzacji, niewiele badań zastało poświęconych rozumieniu stygmatyzacji z perspektywy pacjenta. Winnie W.S. Mak i współ. opracowali badanie self-stigmy wśród pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub innych zaburzeń psychotycznych w Hong Kongu. Self-stigma była oceniana za pomocą 15-punktowej skali, którą rozwinięto i zatwierdzono do zmierzenia zasięgu, w jakim stygmatyzowane jednostki internalizują publiczne piętno i stopnia w jakim oddziałuje ono na nie w wymiarze emocjonalnym, kognitywnym i behawioralnym. Autorzy posłużyli się BCIS (The Beck Cognitive Insight Scale) celem oszacowania wglądu poznawczego pacjentów. Skala to pozwoliła zmierzyć stopień samo-refleksyjności w rozpoznawaniu niecodziennych, niezwykłych doświadczeń oraz pewności w ich interpretowaniu. Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że żaden z czynników demograficznych nie był skorelowany z autostygmatyzacją. Wśród aspektów klinicznych jedynie ciężkość symptomów była znacząco skorelowana z samonapiętnowaniem. Wyższy poziom symptomatologii wiązał się z wyższym poziomem self-stigmy. Badanie to jest próbą zrozumienia efektów wglądu na

autostygmatyzację wśród osób ze zdiagnozowaną schizofrenią. Pacjenci chorzy psychicznie, którzy mają lepszy wgląd i wykazują się większym zaangażowaniem w chorobę, doświadczają wyższego poziomu autostygmatyzacji. Wydaje się, że wgląd jest dodatnio skorelowany ze świadomością stygmatyzacji i dyskryminacji w społeczeństwie, które mogą prowadzić do silniejszej internalizacji stygmy [7].

Jonathan W. Kanter i współpracownicy w pracy pt. „Depression Self-Stigma a new measure and preliminary Findings” obrazuje zjawisko autostygmatyzacji w przebiegu zespołu depresyjnego posługując się DSSS (the Depression Self-Stigma Scale). Wiadomo powszechnie, że stygmatyzacja osób chorych psychicznie prowadzi do przedwczesnego zaprzestania przez nie leczenia. Badanie zostało zatwierdzone przez the Institutional Review Board of the University of Wisconsin-Milwaukee. Do pomiarów wykorzystano: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – 20 punktową skalę, która pozwala oszacować ciężkość symptomów zespołu depresyjnego, Depression Attribution Questionnaire-27- 27 punktowa skala zaprojektowana do pomiaru stygmatyzujących postaw związanych ze schizofrenią, Depression Social Distance Scale – 7 punktowa skala do oszacowania społecznego dystansu wobec osób z chorobami psychicznymi, oraz The Cognitive Behavioral Avoidance Scale (CBAS). Autorzy zwracają uwagę na konieczność prowadzenia badań nad stygmatyzacją w przebiegu depresji i rozumienia relacji pomiędzy stygmatą a poszukiwaniem leczenia w depresji, a także rozwijania teoretycznego modelu autostygmatyzacji z depresją. Podskale DSSS identyfikują kilka skorelowanych, ale odrębnych konstruktów, które mogą być pomocne w rozumieniu samonapiętnowania u pacjentów z depresją i w budowaniu niezbędnej teorii. Analizy wskazują, że jednostki cierpiące z powodu depresji doświadczają zarówno piętna publicznego (the Public Stigma subscale) jak i autostygmatyzacji (self-stigma), będącej kompleksem konstruktu z różnymi negatywnym konsekwencjami skojarzonymi z nim [8].

Karidi i współpracownicy prowadzili badanie, w którym porównali doświadczenia stygmatyzacji przez pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową i ze schizofrenią. Autorzy tegoż badania nadmienią, że pacjenci psychiatryczni muszą zmagać się nie tylko z symptomami choroby ale też ze stygmatyzacją, która negatywnie wpływa na jakość ich życia i funkcjonowanie społeczne. Autorzy piszą dalej, że badania nad self-stigmą jak dotąd ogniskują się na schizofrenii, podczas gdy problem autostygmatyzacji w chorobie afektywnej dwubiegunowej poruszany jest rzadko. W swoim badaniu Karidi uwzględnił 60 pacjentów z diagnozą schizofrenii (SP group) i 60 pacjentów z chorobą afektywną

dwubiegunową (BD group). Uczestnicy badania byli pacjentami ambulatoryjnymi uczęszczającymi do oddziału University Mental Health Research Institute. Z badania zostali wykluczeni pacjenci z towarzyszącymi schorzeniami neurologicznymi, nadużywający substancji psychoaktywnych oraz upośledzeni umysłowo. Wszyscy uczestnicy byli pod wpływem leków przeciwpsychotycznych (SP group) lub stabilizatorów nastroju (BD group). W badaniu posłużono się the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and the Global Assessment Of Functioning (GAF). Celem pomiaru autostygmatyzacji wykorzystano RSES (Rosenberg Self Esteem Scale), SSQ (the Self Stigma Questionnaire) and SIMI (the Stigma Inventory of Mental Illness). Wynik badania: pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową są 2.6 razy bardziej usatysfakcjonowani ze swojej społecznej akceptacji niż pacjenci ze schizofrenią. Ponadto pacjenci ze schizofrenią 3.2 razy częściej przypisują sobie fakt, że „ludzie są obrażliwi wobec nich”. Odnośnie społecznej akceptacji pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową wydają się bardziej optymistyczni niż pacjenci ze schizofrenią. W szczególności pacjenci ze schizofrenią są 3.7 razy bardziej sceptyczni, że „inni zaakceptowaliby ich jako współlokatorów”. Wydaje się, że pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową mają bardziej pozytywny obraz samych siebie i doświadczają mniejszej autostygmatyzacji w porównaniu z pacjentami ze schizofrenią. Pacjenci ze schizofrenią wydają się zmagać z większą ilością samopiętnujących postaw niż pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową [2].

S. Evans-Lacko i współpracownicy podejmują problem autostygmatyzacji w swojej pracy pt. „Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries”. Autorzy twierdzą, że konieczne jest lepsze rozumienie związku wiedzy publicznej, postaw i zachowań społecznych z internalizacją stygmy wśród ludzi z problemami zdrowia psychicznego. Dwa zestawy danych połączono by zbadać ten związek (the Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks GAMIAN – Europe) w 14 krajach tj. Belgia, Republika Czeska, Estonia, Grecja, Hiszpania, Francja, Włochy, Litwa, Malta, Polska, Rumunia, Słowenia, Finlandia i Szwecja. W badaniu użyto danych z the Eurobarometer surveys celem opisu poszukiwania pomocy w problemach zdrowia psychicznego, postaw w kierunku chorób psychicznych, oszacowania informacji związanej z problemami zdrowia psychicznego, użycia antydepresantów oraz komfortu mówienia komuś o problemach zdrowia psychicznego. Oprócz zarejestrowania danych socjodemograficznych jak wiek, płeć, edukacja, zapytano uczestników badania o ich doświadczenia stygmatyzacji i dyskryminacji używając następujących trzech narzędzi:

- ISMI (the Internalized of Mental Illness Scale) - 29 punktowa skala do pomiaru autostygmatyzacji, zawiera cztery podskale (Wyobcowanie, Potwierdzenie stereotypów, Doświadczanie dyskryminacji, Społeczne wycofanie), które mierzą samonapiętnowanie.
- PDD (the Perceived Devaluation and Discrimination Scale) - 12 punktowa skala do pomiaru odczuwanej dyskryminacji, skala mierząca zasięg w jakim dana osoba wierzy, że większość ludzi będzie dewaluowała lub dyskryminowała kogoś z chorobą psychiczną.
- BUES (the Boston University Empowerment Scale) - 17 punktowa skala do pomiaru procesu umacniania.

W badaniu wzięło udział 1835 osób, średni wiek 43.3 lata, większość stanowiły kobiety.

Wnioski

- predyktory autostygmatyzacji (ISMI) Mniejsza autostygmatyzacja wiązała się z byciem zatrudnionym oraz posiadaniem wykształcenia wyższego. Jednostki żyjące w państwach, z częstszym występowaniem ludzi czujących komfort w trakcie rozmowy o kimś z problemami zdrowia psychicznego i nowszechniejszym użyciem antydepresantów oraz bardziej rozpowszechnioną informacją na temat problemów zdrowia psychicznego doświadczają niższego poziomu samonapiętnowania.
- predyktory odczuwanej dyskryminacji (PDD) Posiadanie diagnozy depresji było związane z niższą odczuwaną dyskryminacją, niższą niż diagnozy schizofrenii, gdzie płeć żeńska kojarzona była z wyższym poziomem odczuwanej dyskryminacji. Wyższe występowanie populacji odczuwającej komfort w czasie rozmowy z ludźmi z problemami zdrowia psychicznego albo poszukiwania pomocy z profesjonalnych źródeł było związane z niższym poziomem odczuwanej dyskryminacji wśród uczestników badania.
- predyktory umacniania (BUES) Czynniki istotnymi dla procesu umacniania okazały się posiadanie wyższego wykształcenia i zatrudnienie. Co więcej komfort w rozmowach na temat problemów zdrowia psychicznego był związany z większym umacnianiem [9].

Helia Ghanean i współpracownicy prowadzili badanie nad autostygmatyzacją w Teheranie. Zbadano 138 pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową lub schizofrenią posługując się 29 punktową skalą ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Scale) dotyczącą obszarów tj. wyobcowanie, potwierdzenie stereotypu, doświadczanie stygmatyzacji, społeczne wycofanie, pozycje odwrotne. Przykładowe pozycje z testu brzmiały: 'Czuję się nie na miejscu w świecie, ponieważ mam

chorobę psychiczną' (Podskala Wyobcowanie)
 'Osoby chore psychicznie bywają gwałtowne i używające przemocy' (Podskala Potwierdzenie stereotypu)
 'Inni uważają, że nie mogę niczego osiągnąć w życiu, ponieważ mam chorobę psychiczną' (Podskala Doświadczanie Dyskryminacji)
 'Nie mówię o sobie wiele, ponieważ nie chcę obciążać innych moją chorobą psychiczną' (Podskala Społeczne wycofanie)
 'Mogę mieć dobre, pełne życie pomimo mojej choroby psychicznej' (Podskala opór stygmatyzacji, pozycje odwrotne)

Doświadczanie stygmatyzacji z powodu choroby psychicznej było wysokie w grupie reprezentatywnej Iranu. Poziom stygmy był podobny do badań w Europie opierających się na tym samym kwestionariuszu. Rezultaty z prowadzonego badania wskazują na konieczność rozpoczęcia działań zmierzających do zredukowania doświadczania stygmatyzacji przez osoby chore psychicznie w Iranie [10].

Cytowane powyżej wyniki badań świadczą bezsprzecznie o istnieniu autostygmatyzacji i jej negatywnym wpływie na jakość życia ludzi nią dotkniętych. Badania te oparte były w głównej mierze na ankietach, kwestionariuszach oraz wywiadach od członków badanych grup. Autorzy artykułu „Implicit Self Stigma in People with Mental Illness” [11] zwracają uwagę, że oceny, które wyrażają badani po zastanowieniu mogą się różnić od ich reakcji natychmiastowych, automatycznych, w czasie różnych sytuacji życia codziennego. Metody ankietowe z dużym prawdopodobieństwem nie wykazują poziomu stygmatyzacji u osoby, która nie jest świadoma swoich automatycznych ewaluacji. Autostygmatyzacja oparta na reakcjach automatycznych ma też inne emocjonalne i behawioralne konsekwencje niż autostygmatyzacja jawna, świadoma. Stygmatyzacja ukryta - automatyczna ma szczególne znaczenie dla kształtowania relacji interpersonalnych, które pojawiają się spontanicznie, bez świadomego kontekstu. W badaniach udowodniono, że chorzy z ukrytym negatywnym stosunkiem do choroby psychicznej oraz niskim poczuciem własnej wartości wykazują ukrytą autostygmatyzację. Wydaje się zatem słuszne, aby zwrócić uwagę na ogromne znaczenie psychoterapii, zwłaszcza grupowej, organizowania wsparcia grupy rówieśniczej oraz indywidualnej terapii wspierającej. Zarówno terapia w ramach podejścia kognitywno-behawioralnego, jak i psychodynamicznego mogą stanowić wsparcie dla obniżenia poziomu ukrytej – automatycznej autostygmatyzacji.

Zwrócić uwagę należałoby również na związek poziomu autostygmatyzacji z reakcją ludzi chorych psychicznie na istniejące negatywne stereotypy

i uprzedzenia, wywodzące się z negatywnych wyobrażeń choroby psychicznej, a obecne w zbiorowej świadomości i narażające chorych na niesprawiedliwe i krzywdzące traktowanie. Reakcje te, jak zauważają autorzy pracy „Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness” [12] rozciągają się od zmniejszenia poczucia własnej wartości do niezgody i złości na istniejącą sytuację. Autorzy zauważają, że postawa sprzeciwu prowadzić może do działania na rzecz zmiany istniejących przekonań, aktywnego wspierania systemowych zmian w systemie opieki zdrowotnej i organizacji wsparcia socjalnego i środowiskowego. Tacy pacjenci stają się aktywnymi uczestnikami procesu terapeutycznego, ich postawa stanowi kontrast dla grupy osób, które wykazują bierną postawę i względną obojętność na otaczające uwarunkowania.

Poziom autostygmatyzacji należałoby zatem rozpatrywać z dwóch perspektyw. Z jednej strony poziom edukacyjny społeczeństwa, w którym funkcjonuje osoba chora psychicznie, organizacja opieki medycznej i socjoekonomicznej mają znaczący wpływ na poziom stygmatyzacji i autostygmatyzacji osób chorych psychicznie. Z cytowanych badań wynika, iż to właśnie wykształcenie, możliwość kontynuowania pracy zarobkowej, czyli czynniki poza medycznym obszarem interwencji, stanowią znaczący wyznacznik mniejszego poziomu samonapiętnowania. Wyższy poziom świadomości zdrowotnej oraz dobra sytuacja materialno – bytowa skutecznie pomagają osobom dotkniętym chorobą psychiczną na pozostawanie w ramach szeroko pojętego funkcjonowania społecznego i zapobiegają inwalidyzacji oraz izolacji. Ten aspekt rozpatrywać należy jako element, który w istotnej mierze, zależy od polityczno – społecznych decyzji podejmowanych na szczeblu państwowym i samorządowym. Opieka socjalna to w przypadku osób chorych psychicznie nieodzowny element spełniający funkcję terapeutyczną.

Druga perspektywa dotyczy całego spektrum działań skierowanych na pomoc osobie chorej psychicznie w ramach szeroko pojętej edukacji zdrowotnej, położenia nacisku na ogromne znaczenie psychoterapii i psychoedukacji skierowanych właśnie do tych osób. Organizowanie grup wsparcia, opieki środowiskowej, informacje dostępne w środkach masowego przekazu, specjalne centra pomocy kryzysowej to nieodzowne elementy, które mogą skutecznie obniżać poziom stygmatyzacji. Stanowią one ważny element dopełniający działania medyczne, skłaniają do poszukiwania pomocy, a w kolejnych etapach sprzyjają utrzymaniu leczenia, indukcji i wspieraniu umocnienia i poprawie funkcjonowania społecznego.

References:

1. King M., Dinos S., Shaw J., Watson R., Stevens S., Pasetti F., Weich S., Serfaty M. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *Br. J. Psychiatry*, 2007; 190(3): 248-254.

2. Karidi M. V., Vassilopoulou D., Savvidou E., Vitoratou S., Maillis A., Rabavilas A., Stefanis, C. N. Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. *J. Affect. Disord.*, 2015; 184: 209-215.
3. Vogel D. L., Wade N. G., Haake S. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *J. Couns. Psychol.*, 2015; 53(3): 325.
4. Tyszkowska M., Podogrodzka M. Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych-czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym. *Psychiatr. Pol.*, 2013; 47(6): 1011-1022.
5. Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M. Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych-czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym. *Psychiatr. Pol.*, 2014; 48(6): 1201-1211.
6. Świtaj P. Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Warszawa; Instytut Psychiatrii i Neurologii: 2008.
7. Mak W.W., Wu C. F.M. Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psych Serv*, 2006; 57(12): 1800-1802.
8. Kanter J. W., Rusch L. C., Brondino M. J. Depression self-stigma: a new measure and preliminary findings. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2008; 196(9): 663-670.
9. Evans-Lacko S., Brohan E., Mojtabai R., Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychol. Med.*, 2012; 42(08): 1741-1752.
10. Ghanean H., Nojomi M., Jacobsson L. Internalized stigma of mental illness in Tehran, Iran. *Stigma Res Action*, 2011; 1(1): 11-17.
11. Rusch N., Corrigan P.W., Todd A.R. Implicit Self Stigma in People with Mental Illness. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2010; 198(2): 150-153.
12. Corrigan P.W., Watson A.C. Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness. *World Psychiatry*, 2002; 1(1): 16-20.

Correspondence address

Ewelina Dziwota
II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej
Ul. Głuska 1, 20-439 Lublin
Tel. 48 81 744-09-67
email: dziwota.e@gmail.com